

Anders als andere?! Autismus und Sexualität

Verfasserin: Karin Dreisigacker, Göttingen 2003

Gliederung

0. Allgemeines zum Problem Sexualität und Behinderung
 1. Einleitung
 2. Autismus
 3. Psychosexuelle Entwicklung in Kindheit und Jugend
 - 3.1. Orale Phase
 - 3.2. Anale Phase
 - 3.3. Genitale Phase
 - 3.4. Latenzzeit
 - 3.5. Pubertät
 4. Besonderheiten bezüglich der Sexualität von AutistInnen
 - 4.1. Fehlen sexueller Beziehungen
 - 4.2. Personenorientierte Sexualität? – Eine Diskussion
 - 4.3. Masturbation
 - 4.3.1. Auftreten und Häufigkeit
 - 4.3.2. Nutzung von Objekten zur Masturbation
 - 4.3.3. Masturbation in der Öffentlichkeit
 - 4.4. Objekte als Stimuli sexueller Erregung
 - 4.5. Sexuelle Frustration und Aggression
 - 4.6. Wissen über Sexualität; Sexuelle Erfahrungen
 5. Fazit

Sexualpädagogik

1. Inhalte und Prinzipien
 1. 1. Aufklärung und Information
 1. 2. Positives Selbst- und Körperbild
 1. 3. Schutz vor sexuellem Missbrauch
2. Methoden
3. Vorschläge zur Sexualpädagogik mit autistischen Kindern und Jugendlichen

Autismus und Sexualität

Allgemeines zum Problem Sexualität und Behinderung:

Behinderte Menschen haben in ihrer Sexualität mit unterschiedlichen Schwierigkeiten zu tun. Zunächst ist Sexualität ein allgemein tabubesetztes Thema in unserer Gesellschaft und besonders in den Bereichen der Erziehung und Pflege. Behinderte Menschen haben darüber hinaus mit besonderen Vorurteilen zu kämpfen: Entweder ihnen wird eine besondere Triebhaftigkeit unterstellt oder aber sie werden entsexualisiert und infantilisiert. Diese Haltungen äußerten sich im Verhindern, Unterbinden, Verbieten und Bestrafen von Sexualität.

Schwierigkeiten in der Ausübung von Sexualität gibt es auch in struktureller Hinsicht: Sexualfeindliche Räume wie Doppelzimmer sowie permanente Betreuung und Aufsicht machen Privatheit und Intimität, in der persönliche Sexualität gelebt werden könnte für behinderte Menschen oft unmöglich.

U.a. im Zuge der Normalisierungstendenzen¹, in denen Behinderten ein möglichst "normales" und selbstbestimmtes Leben ermöglicht werden soll und des Perspektivwechsels von der Betreuung zur persönlichen Assistenz kam es im Laufe der letzten 25 Jahre auch im Bereich der Sexualität zum Umdenken: Nach und nach wurden auf Kongressen der Behindertenarbeit und letztendlich auch den Einrichtungen selbst Fragen zur Sexualität diskutiert: Welche sexuellen Bedürfnisse haben behinderte Menschen? Welche Strukturen brauchen sie um Sexualität leben zu können? Welche spezifischen Probleme gibt es? Wie können wir sexualpädagogisch arbeiten? Und nicht zuletzt: Welche Hilfestellung ist überhaupt erlaubt?² Diese Fragen stellen sich auch für autistische Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Im Folgenden Artikel möchte ich mich zunächst mit der Frage beschäftigen: Welche Besonderheiten der Sexualität, der sexuellen Entwicklung und des sexuellen Verhaltens liegen autistischen Störungen zugrunde? Erst mit der Beantwortung dieser Frage können die Themen räumlicher und sexualpädagogischer Anpassungen sowie der Hilfestellung bei Besonderen Problemlagen angegangen werden.

¹ Das Normalisierungsprinzip entstand in den 40er, 50er Jahren in den skandinavischen Ländern und wurde in den 70er Jahren in Kanada und den USA zu einer komplexen wissenschaftlichen Theorie weiterentwickelt. Die grundlegende Aussage des Normalisierungsprinzips lautet zusammengefasst: "Normalisierung bedeutet: den geistig Behinderten ein so normales Leben wie möglich zu gestatten." (Bank-Mikkelsen, zit. nach Thimm 1994, S. 4). Nach Nirje (1994, S.113) beinhaltet ein "normales Leben" die folgenden Elemente: einen normalen Tages-, Wochen-, Jahreszyklus, Respekt vom Individuum und dessen Recht auf Selbstbestimmung, ökonomische und sexuelle Lebensmuster und Rechte, normale Umweltmuster und -standards. Nach dem Normalisierungsprinzip sollen nicht Menschen mit Behinderungen, sondern Lebensbedingungen normalisiert werden, um ein weitgehend normales Leben zu ermöglichen. Damit stellt das Normalisierungsprinzip einen Gegenpol zu dem traditionellen Prinzip der Be- und Aussonderung dar.

² vgl.: Weber, Joachim: Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht – Standards im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg 2004, S. 15- 30.

1. Einleitung

Sucht man wissenschaftlich fundierte Literatur zur psychosexuellen Entwicklung von AutistInnen, dem sexuellen Verhalten oder Sexualpädagogik wird man v.a. im deutschsprachigen Raum enttäuscht: Tatsächlich gibt es keine Studien und nur spärlich gesäte Artikel, die das Thema aufgreifen und diskutieren.³

Während es inzwischen sehr gute wissenschaftliche Literatur, sexualpädagogische Konzepte und Materialien für geistig und körperlich behinderte Menschen gibt, taucht das Spezialthema "Autismus" nicht gesondert auf. Der Mangel an Auseinandersetzung innerhalb der Sexualforschung und der Sexualpädagogik ist eventuell durch die geringe Anzahl von Menschen, die unter autistischer Störung leidet, erklärbar: mit 0,02-0,04 % bilden AutistInnen (wobei Jungen drei- bis viermal so häufig wie Mädchen betroffen sind)⁴ eine sehr kleine Gruppe innerhalb der Bevölkerung. Aber v.a. die spezielle Situation von Menschen mit autistischer Störung scheint das Thema für die Sexualforschung besonders kompliziert zu machen: Autismus ist im wesentlichen durch mangelnde soziale Fähigkeiten und Kommunikation, Verständnis und Ausdruck von Gefühlen und Kontaktverhalten/soziale Bindungsfähigkeit gekennzeichnet. Gerade soziale und kommunikative Kompetenzen werden jedoch als wichtige Grundbausteine zur Entwicklung sexueller Identität und Partnerschaft angesehen. Viele sexualpädagogische Methoden und Materialien aus der Arbeit mit körperlich und geistig Behinderten sind für AutistInnen deshalb kaum geeignet. Hinzu kommt, dass die autistische Störung durch eine große Bandbreite von Erscheinungsformen und "Schweregraden" charakterisiert ist, sodass sich eine einheitliche Entwicklung und Ausprägung von Sexualität schwer formulieren lässt.

Diese Vernachlässigung innerhalb der Integrationspädagogik und Sexualforschung steht im Widerspruch zum Informations- und Hilfsbedarf von Familien, Angehörigen und BetreuerInnen. Spätestens mit der Pubertät sind sowohl die AutistIn selbst, als auch ihre Umgebung mit neuen Problemlagen konfrontieren vor besondere Herausforderungen gestellt.

Die folgende Darstellung basiert auf der Grundlage von wissenschaftlichen Untersuchungen aus den USA, Dänemark und Großbritannien, denen allerdings lediglich eine geringe Menge an Daten zugrunde liegen.⁵ Aus diesem Grunde erhebt der folgende Text nicht den Anspruch repräsentativ zu sein. Vielmehr bietet er einen Überblick über bisherige Forschungen und eine Zusammenfassung ihrer Ergebnisse.

³ Vgl.: Bier (1989)

⁴ vgl.: http://www.ipsis.de/themen/thema_autismus.htm

⁵ Die Anzahl der untersuchten Personen variiert zwischen 15 und 235. Alle Studien und Artikel, die diesem Text zugrunde liegen, sind im Literaturverzeichnis aufgeführt.

2. Autismus

Davon ausgehend, dass die autistische Störung mit ihren verschiedenen Ausprägungen bekannt sind, möchte ich an dieser Stelle nur aller Kürze die wichtigsten Kriterien aufführen. Angaben zur Entstehung von Autismus und zu Therapiemöglichkeiten werde ich an dieser Stelle nicht machen und verweise auf die unten aufgeführte Literatur.

Autismus ist als Entwicklungsstörung mit biologischer Ursache akzeptiert (ICD 10). Symptome sind:

a) Wahrnehmungs- und Reizverarbeitungsstörungen (über die z.B. das Charakteristika der stereotypen und ritualisierten Verhaltensmuster erklärt wird)

b) Störungen in der Entwicklung von Sprache und kommunikativer Fähigkeiten

- Mutismus, Echolalie
- fehlendes Spektrum von Ausdrucksmöglichkeiten in Mimik und Gestik
- mangelnde Fähigkeit, situationsangepasst Gefühle wahrzunehmen und zu äußern
- Schwierigkeiten, die Gefühle anderer wahrzunehmen und zu verstehen (mangelnde Empathie)

c) Störungen im Kontaktverhalten/soziale Bindungsfähigkeit

- kein/wenig erkennbares Interesse an gegenseitiger Interaktion
- fehlen sozialer Distanz (unterscheiden nicht zwischen Bezugspersonen und Fremden)
- teilweise Gleichgültigkeit gegenüber Bezugspersonen
- es finden kaum soziale Kontakte statt.

Mit zunehmendem Alter können sich die kommunikativen Fähigkeiten verbessern: 20-25% der autistischen Jugendlichen verlieren ihre Veränderungsängste und stereotypes Verhalten und äußern verstärkt Bemühungen am sozialen Leben teilhaben zu können. Sie scheitern jedoch oft an den Schwierigkeiten, soziale Bindungen einzugehen.

Außerdem treten teilweise auf:

- Sensomotorische Störungen
- (auto-) aggressives und selbstschädigendes Verhalten
- andere neurologische / biologische Störungen (z.B. Epilepsie während der Kindheit bei 20 – 30 % der AutistInnen, Formen geistiger Behinderung) ⁶

⁶ vgl. Bier (1989)

3. Psychosexuelle Entwicklung in Kindheit und Jugend

Die allgemeine Darstellung psychosexueller Entwicklung ist im folgenden durch Vermutungen ergänzt, welche Besonderheiten es hier in Bezug auf den Autismus geben könnte. Wissenschaftlich untermauert sind diese Annahmen aufgrund fehlender Forschungen nicht!

3.1. Orale Phase (1. Lebensjahr)

Das elementarste Bedürfnis aller Säuglinge ist die Nahrungsaufnahme. Das an der Brust oder mit der Flasche gestillte Kind empfindet beim Saugen mit dem Mund und Lippen Vergnügen und Lust: Gegenstände z.B. werden mit dem Mund untersucht und erkundet. Das Saugen an der Mutterbrust, an der Hand oder am Zeh ist in dieser Phase ein wirksames Mittel, um sich zu entspannen. Lust empfindet das Kind außerdem beim Berühren und berührt werden des eigenen Körpers inklusive der Genitalien wie z.B. beim Wickeln oder Baden. In der ersten Lebensphase ist das Gefühl mit anderen und v.a. über das Saugen an der Brust mit der Mutter verschmolzen zu sein, besonders groß. Das Erlebnis dieser Bindung, Einheit und des versorgt-werdens von anderen, sind wichtige Erlebnisse, die später zum Aufbau von Beziehungen notwendig sind. In dieser Phase entwickelt sich das Urvertrauen, d.h. das Grundlegende Vertrauen darin, behütet und versorgt zu sein, anderen vertrauen und sich ihnen überlassen zu können. Über die Frustration, dass die eigenen Bedürfnisse vom anderen nicht immer erkannt und befriedigt werden, lernt der Säugling nach und nach Separation, also das getrennt – sein von anderen und darüber auch Individuation.

3.2. Anale Phase (ca. 2. – 3. Lebensjahr)

Das Kind entwickelt zunehmend Kontrolle über seinen Körper. Dies betrifft sowohl die bewusste Steuerung der eigenen Bewegungen, aber auch die der Darmfunktionen. Das Kind erlebt das Entleeren des Darms und der Blase als lustvoll; mit Stolz und Neugier werden seine "Produkte" untersucht. Im Zuge der Sauberkeitserziehung lernt das Kind, dem Wunsch der Eltern nachzukommen oder nicht; es erlebt, dass es nach seinem eigenen Willen entscheiden handeln kann und gewinnt damit ein Stück weit Macht gegenüber den Eltern. Das Kind macht in dieser Phase auch erste Erfahrungen, was es heißt, Mädchen oder Junge zu sein. Es sammelt Informationen über Eigenschaften, die typisch für Jungen und typisch für Mädchen sein sollen. Mit großer Aufmerksamkeit werden Werturteile über das eigene Geschlecht und das andere registriert und in die eigenen Verhaltensweisen eingebaut.

3.3. Infantil - genitale Phase (ca. 3. bis 5. Lebensjahr)

Zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr erreicht die sexuelle Neugier einen Höhepunkt. Das Kind wendet seine Aufmerksamkeit seinen Genitalien zu: Die lustvolle Erkundung des Körpers reicht von Selbstbefriedigung durch Berührung des Penis oder des Kitzlers bis zu sexuellen Rollenspielen (Doktorspiele, Papa-Mama-Kind-Spiele, teilweise Nachspielen des Koitus, etc). Kennzeichen dieser Phase ist auch die Schau- und Zeigelust: Über den Vergleich mit anderen Kindern werden sie sich ihrer eigenen Geschlechtszugehörigkeit bewusst und versichern sich ihrer Zugehörigkeit. Aussehen und Funktion der Genitalien wird am eigenen Körper und an dem anderer erkundet. Begleitet wird dieses Entdecken von Fragen über Sexualität.

Darüber hinaus übernehmen die Kinder die jeweiligen sozialen Geschlechterrollen: Mädchen und Jungen lernen, was es heißt, Mädchen oder Junge, Mann oder Frau zu sein und richten ihr Verhalten und ihr Selbstbild danach aus. Nach und nach konstituiert sich das Über Ich: Das Kind lernt, angemessenes von unangemessenem Verhalten zu unterscheiden und das Gelten unterschiedlicher sozialer und kulturellen Regeln in unterschiedlichen Situationen (z.B. Unterscheidung öffentlicher und privater Raum).

Die Autistische Störung wird oft in diesem Lebensabschnitt des Kindes erkannt, meistens, weil sie nicht oder "nur" nach-sprechen (Echolalie). Außerdem lehnen viele autistische Kinder Körperkontakt ab, suchen kaum Kontakt zu anderen Kindern und neigen zu stereotypem Verhalten im Spiel. Man kann davon ausgehen, dass aufgrund ihrer kommunikativ-sozialen Störung Unterschiede zur oben dargestellten psychosexuellen Entwicklung bestehen, v.a. was den Grad des Bindungs- und Zugehörigkeitsgefühls, die Abgrenzung von anderen und das Verständnis (un-) angemessenen Verhaltens betrifft.⁷

3.4. Latenzzeit (6. – 9. Lebensjahr)

Nach und nach beginnt für das Kind eine Phase der Beruhigung. Es vollzieht eine innere Trennung von den Eltern und erwirbt dadurch mehr Selbständigkeit. Das Über – Ich ist konstituiert: Das Kind kennt die sozio-kulturellen Normen, es entwickelt Schamgefühle und das Bedürfnis nach Intimität und Privatsphäre auch innerhalb der Familie (z.B. im Bad, im eigenen Zimmer, etc). Die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten werden ausgebaut, enge Freundschaften und erste "Liebesbeziehungen" außerhalb der Familie werden aufgebaut. Das Kind übt soziale Fähigkeiten, die für die Aufnahme und Pflege von Beziehungen wichtig sind: Zuneigung, Zärtlichkeit, Respekt, Verantwortung und Konflikte auszutragen. Die Geschlechtsrollen werden gefestigt und "trainiert". Eine wirkliche Latenz von sexuellem Interesse ist aber bei vielen Kindern kaum zu beobachten. Viele behalten ihre sexuelle Betätigung durch die gesamte Dauer dieser Phase bis zum verstärkten Hervorbrechen in der Pubertät bei. Ihr sexuelles Interesse und Verlangen richtet sich auf andere Kinder, z.B. SpielkameradInnen. Sie tauschen außerdem sexualisierte Redensarten, Sprüche oder Reime. Auch "geheime" Zeichnungen zeigen ihr sexuelles Interesse und ihre Phantasie.

Autistische Kinder entdecken durchaus wie oben beschrieben ihre erogene Genitalzone, sind aber, auch aufgrund mangelnder kognitiver Entwicklung, weniger in der Lage, soziale Kontakte aufzunehmen, soziale Normen zu verstehen und zu internalisieren. Dementsprechend werden sexuelle Aktivitäten nicht unbedingt mit Gefühlen wie Scham in Verbindung gebracht. Auch hier werden Defizite hinsichtlich der Identifikation und Bindung, der Abgrenzung und Individuation über die Auseinandersetzung mit anderen deutlich. Darüber hinaus misslingt – auch aufgrund kognitiver Defizite – die Entwicklung symbolischen Spiels und das Verstehen abstrakter (Verhaltens-) Regeln.⁸

⁷ ebd.

⁸ ebd.

3.5. Pubertät

Die Pubertät stellt für die meisten Jugendliche eine Krise dar. Zum einen erzeugen tiefgreifende Veränderungen auf der körperlichen Ebene meist große Verunsicherung: Längenwachstum, das Wachsen der Körperbehaarung und der Geschlechtsteile, der Beginn der Menstruation und Pollution sowie die Verstärkung der sexuellen Impulse und der Wunsch nach sexuellen Partnerschaften stellen die Jugendlichen vor die Herausforderung, sich mit dem "neuen" Körper zu identifizieren und sich als sexuelles Wesen definieren zu müssen. Die eigene sexuelle Attraktivität wird ausgelotet, erste sexuelle Erfahrungen werden gemacht und persönliche Wertvorstellungen in Bezug auf Freund- und Partnerschaften entwickelt. Wesentliches Kennzeichen der Pubertät ist das Ausrichten der Libido auf ein anderes Subjekt. Während in den vorherigen Phasen Lust auto-erotisch befriedigt wurde, tritt der Wunsch nach partner-orientierter Sexualität deutlich in den Vordergrund. Die Orientierung an den peers nimmt deutlich zu; Zugehörigkeit und Abgrenzung von anderen Gruppen wird demonstriert. Über die Auseinandersetzung mit den bisher unkritisch von den Eltern übernommenen Wertvorstellungen und Normen entwickeln die Jugendlichen eigene Standpunkte und Welterklärungsmodelle und schaffen sich damit ihre eigenen Realitäts- und Bezugssysteme. Hinzu kommt das verstärkte Bedürfnis, sich aus der Verantwortung der Eltern zu lösen.⁹

Im Allgemeinen wird in Bezug auf AutistInnen davon ausgegangen, dass die körperliche und sexuelle Entwicklung der o.g. Beschreibung folgt, während im sozialen und kommunikativen Entwicklungsbereich große Schwierigkeiten bestehen bleiben.

Die körperliche Entwicklung folgt nicht nur der nicht-autistischer Jugendlicher, sie kann auch als ebenso verunsichernd und verstörend erlebt werden. Die Veränderungen (Längenwachstum, Behaarung, Wachsen der Brüste bei den Mädchen, Verbreiterung des Beckens, sexuelle Impulse und Erregung) können teilweise nicht erklärt werden und große Verunsicherung und Angst hervorrufen. Diese Angst und Unsicherheit kann sich in verändertem, teilweise (auto-) aggressivem Verhalten äußern. Haracopos berichtet z.B. von einem Mädchen, das ein fürchterliches, zwickendes Gefühl in um die Klitoris herum empfand. Sie befahl ihrer Klitoris aufzuhören und schlug in Extremsituationen schlug fest zu. Ein männlicher Autist habe von der Angst berichtet, sein Penis würde in erigiertem Zustand zubeißen.¹⁰ Sexuaufklärung und das Wissen um das "Normal-Sein" der körperlichen Veränderungen und Geschehnisse (wie z.B. Menstruation, Erektion/Pollution) können den Jugendlichen in der Bewältigung dieser Phase helfen.

Hinsichtlich der sozialen Entwicklung hat die peer-group weit weniger Bedeutung für die Abnabelung vom Elternhaus als für nicht-autistische Jugendliche: Probleme mit Empathie, Ausdruck, dem sozialen Timing und der Kommunikation machen die Teilnahme an peer-Gruppen schwierig; oftmals werden sie von diesen aufgrund ihrer Störung ab- und zurückgewiesen. Koller geht davon aus, dass die Jugendlichen sich in dieser Zeit durchaus mehr und mehr an ihren peer-groups orientieren und sich darüber ihrer Störung und ihrem "Anders-Sein" bewusst werden. Das Unvermögen, so zu sein wie die

⁹ Berger (2001), BZGA (2001), Rothgang (2003)

¹⁰ Haracopos (1992)

anderen, führe zu Gefühlen der Frustration und Depressionen, die sich wiederum in der Zunahmen aggressiven Verhaltens oder verstärktem Rückzug in die eigene Welt äußern können. Durch weitgehende soziale Isolierung bleibt die Erfahrung der Wertschätzung der eigenen Person zu großen Teilen an die Familie und die BetreuerInnen gebunden.¹¹

In Bezug auf die kognitive Entwicklung¹² nimmt John Mortlock an, dass AutistInnen eher im konkret-kognitiven Status der Kindheit zu bleiben scheinen. Aufgrund mangelnden Vorstellungsvermögens fiele es ihnen schwer, abstrakte Konzepte anzunehmen. Das Spielen mit veränderbaren Welt- und Wert- Modellen würde außerdem ihrem Bedürfnis nach Struktur und Ordnung widersprechen. Die Welt würde eher weiterhin durch das eigene Ich, und die Wahrnehmung der konkreten Umgebung interpretiert.¹³

Insgesamt gesehen sind Unterschiede zu den "normalen" Jugendlichen v.a. in den beiden letzten Punkten zu sehen. Die Entwicklungsstörungen hindern Jugendliche an der Ablösung von vertrauten Umgebungen und Bezugspersonen. Zu großen Teilen benötigen sie weiterhin geschützte Räume und Unterstützung durch persönliche Assistenz was große Teile der Gestaltung und Bewältigung des alltäglichen Lebens anbelangt. Bezüglich des sexuellen Lebens verbleiben sie größtenteils in autoerotischen Verhaltens- und Erlebnismustern: mangels sozialer und kommunikativer Fähigkeiten bleibt die Selbststimulation oft einziges Mittel zur sexuellen Erregung und Befriedigung. Intime Beziehungen werden kaum eingegangen. Man kann annehmen, dass sich durch fehlendes gemeinsames sexuelles Erleben und teilweise die damit verbundenen (geschlechts-) identitätsbildenden Dynamiken in der Pubertät Unterschiede im Vergleich zu nicht-autistischen Jugendlichen herausbilden.

Durch Forschungen zur identitäts- und Sexualentwicklung autistischer Kinder und Jugendlicher müssten diese o.g. Aspekte allerdings überprüft werden. Unterschiede und Besonderheiten müssten detaillierter untersucht und beschrieben werden, sodass sie in der Sexualerziehung berücksichtigt werden könnten!

¹¹ vgl. Bier (1989)

¹² Die Fähigkeit, über die Umwelt nachzudenken und sie zu verstehen, unabhängig von konkreter Umgebungen abstraktes Denken und Ideen verstehen können, eigene Werte- und Normvorstellungen entwickeln, usw.

¹³ vgl.: Mortlock (www.nas.org.uk)

4. Besonderheiten bezüglich der Sexualität von AutistInnen

Wie die Sexualität von AutistInnen ge- und erlebt wird, ist sicherlich so individuell wie unter der "Normalbevölkerung" auch. Deshalb ist es schwierig, sexuelle Besonderheiten für eine Gruppe von Menschen zu formulieren. In den wenigen vorliegenden Untersuchungen konnten einige Auffälligkeiten im sexuellen Verhalten herausgearbeitet werden, die sich u.a. aus der autistischen Störung ergeben. Diese werden im nächsten Punkt vorgestellt und diskutiert werden.

Das Hauptproblem, das sich aus der autistischen Störung im Zusammenhang mit Sexualität ergibt ist die Schwierigkeit, in Beziehungen zu treten, sie zu verstehen und sie zu erhalten. Dies ist unabhängig vom kognitiven Level, von der Sprachfähigkeit und am Interesse vom Kontakt zu anderen. Ein weiteres Problem ist die mangelnde Vorstellungskraft, bzw. die Fähigkeit, sich die Resultate eigener Aktionen vorzustellen und vorhergegangene Erfahrungen und Konsequenzen aufzurufen, die helfen könnten, was jetzt oder später geschehen wird. Diese Störungen haben tiefgreifende Effekte auf das sexuelle Verhalten. Einige Besonderheiten können in folgenden Punkten festgehalten werden:

4.1. Fehlen sexueller Beziehungen

Freundschaften, Verliebtheit, intime/sexuelle Beziehungen oder sogar Heirat und Gründungen von Familien sind bei autistischen Menschen fast nicht zu beobachten.¹⁴ Die Erklärung hierfür sehen die AutorInnen in der autistischen Störung selbst: soziale und kommunikative Störungen hindern vom Kleinkindalter an das Eingehen von Beziehungen. Auch die in der Pubertät verstärkten sexuelle Impulse werden kaum in Experimente mit anderen (flirten, verliebt sein, vorsichtige Kontaktversuche, eingehen sexueller Beziehungen, etc.) umgesetzt. Die Schwierigkeit auf andere zuzugehen, sich liebevoll zu nähern und die (sexuellen) Spiel-Regeln zu verstehen, führen letztlich zur Abwesenheit von sexuellen Beziehungen zu anderen.¹⁵

Auf Kontaktversuche anderer Personen reagieren autistische Menschen individuell unterschiedlich: Behutsamer Annäherung Körperkontakt kann teilweise zugelassen werden. Bei intensiven Kontakten ziehen sich die meisten AutistInnen zurück oder äußern Gegenwehr in heftigen Angst- und Aggressionsausbrüchen.

Was das eigene *aktive* eingehen auf intime Kontaktangebote betrifft, sie also entweder zu bestätigen oder abzulehnen, scheint es einem Großteil der AutistInnen nicht möglich zu sein. Eltern beschreiben solche Situationen beispielsweise folgendermaßen:

"Das Mädchen liebt ihn sehr, ist begeistert von ihm, will sich verloben und hat konkrete sexuelle Vorstellungen. Sie bevormundet ihn ... sie presst sich an ihn, er macht sich völlig steif."

"Der macht sich an sie heran ..., nimmt sie in den Arm und streichelt sie. Ich weiß nicht, sie lässt sich das irgendwie gefallen, also nicht wie die kleinen Autisten, die den Hautkontakt

¹⁴ vgl.: Bier (1989), Bourgondien (1997), Haracopos (1992), Koller (2000), Konstantareas (1997), National Autistic Society (1993), Ousley (1991), Torinsky (1985),

¹⁵ Haracopos (1992), Torinsky (1985), Ousley (1991)

ablehnen, sie lässt sich das erstaunlicherweise gefallen, aber nicht so, dass sie das als Spaß empfindet, sondern eher gleichgültig lässt sie ihn an sich herumstreicheln."¹⁶

Dieses "sich gefallen lassen" oder das Unvermögen zu reagieren birgt die Gefahr der Manipulation und der sexualisierten Gewalt, wie auch in folgendem Beispiel deutlich wird:

"Und so trabte sie brav an der Hand eines energischen Freundes, obwohl ihr das keineswegs lieb war. Eine andere ließ heftige Umarmungen mit sich geschehen, obwohl sie den Verehrer nicht mochte."

Die Duldsamkeit und Wehrlosigkeit gibt Eltern und BetreuerInnen immer wieder die Sorge um die körperliche Unversehrtheit des Kindes auf.

4.2. Personenorientierte Sexualität? – Eine Diskussion

Das Fehlen sexueller Beziehungen ist nicht mit dem Fehlen sexuellen Interesses an anderen Personen gemeint. Von AutistInnen ausgehende sexuell motivierte Kontaktversuche sind jedoch oft unerfahren und unangemessen. Das Berühren von Brüsten und von Genitalien anderer Personen, das Reiben der eigenen Genitalien an anderen z.B. zeigen, dass physischer Kontakt zu anderen durchaus gesucht wird. Haracopos unterscheidet zwischen "definite signs" personenorientierter Sexualität wie sie oben genannt sind und "indefinite signs" (z.B.: Händchen halten, küssen, umarmen, Berühren der Genitalien anderer ohne Anzeichen sexueller Erregung etc.). Definite signs personenorientierter Sexualität konnten in seiner Studie bei 40-50% der untersuchten Autistinnen festgestellt werden. Meist werden aber Personen ausgesucht mit denen Sexualität nicht zu realisieren ist, wie z.B. Eltern, BetreuerInnen, PflegerInnen und Fremde. Die Annäherungen werden deshalb meist abgelehnt und unterbunden. "Indefinite signs" waren bei ca. 70% zu beobachten.

30 % zeigten keine Anzeichen personenorientierter Sexualität.¹⁷

Inwieweit AutistInnen *kein Interesse* intimen Beziehungen haben oder inwieweit sie diese *nicht umsetzen können* und an dieser Isolation leiden, ist stark umstritten. Einige AutistInnen äußern durchaus den Wunsch nach einer Partnerschaft, nach einer tiefen Liebesbeziehung und einer eigenen Familie. VerfasserInnen bei Torinsky schätzen solche Äußerungen jedoch nicht als persönliche Wünsche ein. Vielmehr seien sie von Eltern oder BetreuerInnen auf die AutistInnen projiziert. Die Äußerung selbst sei als ein "Nachplappern", eine Imitation um Normalität zu signalisieren, ohne jedoch ein die Bedeutung des Wunsches zu verstehen:

"Some autistic people make occasional remarks about 'having girl/boy friends', 'getting married', 'having babies', but they have no idea of what is really involved, and I do not believe such remarks to be indicative of inner turmoil and sexual need but rather to be prompted by the conversation and social activities of their more normal relatives and colleagues."¹⁸

¹⁶ aus: Bier (1989), S. 41

¹⁷ Haracopos (1992).

¹⁸ Elgar in: Torinsky (1985) S. 214. Ihre Auffassung wird von Lettick, Cardamone und Money (ebd.) bestätigt, während Torinsky und Mesibov (ebd.), ebenso wie Koller (2000) und Haracopos (1992) die Auffassung vertreten, solche Äußerungen seien ernst zu nehmen und in den Umgang mit dem Thema Sexualität zu berücksichtigen. Dass keine Beziehungen eingegangen würden hieße nicht automatisch, dass sie nicht gewünscht werden würden. Außerdem seien auch Beziehungen und Partnerschaften unter "normalen" Menschen nicht immer und unbedingt durch Liebe, Vertrauen und gegenseitigem Verständnis geprägt, so Torinsky. Eine Idealvorstellung von Liebe wird auch unter "normalen" Paaren kaum gelebt werden können. Die Unterschiede

Amy Lettick ist der Auffassung, dass durch sexuelle Kontaktversuche im Grunde keine Bindung zu anderen gesucht würde. *Wenn* es zur Berührung Anderer käme, dann wegen eigener (sexueller) Impulse und nicht, weil der Kontaktwunsch auf gegenseitigen Gefühlen beruhe:

"In some, touching another person is a manifestation of the primitive need to touch everything in order to experience it, in others, pleasure in being touched is not matched by the pleasure in touching others. Virtually none appears to have a desire to give pleasure to others."¹⁹

Elgars und Letticks Auffassungen werden von Cardamone und Money bestätigt ebenso wie die Folgerung, Liebe und Partnerschaft nicht ins sexualpädagogische Curriculum mit aufzunehmen.²⁰

Torinsky und Mesibov hingegen vertreten ebenso wie Koller und Haracopos die Auffassung, Äußerungen nach Intimität und Nähe seien durchaus ernst zu nehmen und sexualpädagogisch zu bearbeiten. Nur, weil keine Partnerschaften und Liebesbeziehungen bestünden, hieße das nicht, sie seien nicht gewünscht oder ersehnt. Vielmehr machen die sozialen und kommunikativen Probleme es für die Autistin selbst schwierig, einen "normalen" sexuellen Kontakt herzustellen. Unter diesem Mangel würden AutistInnen auch und vor allem emotional leiden. Ruth Terrinde, die selbst mit einem autistischen Jugendlichen sexualbegleitend arbeitet, untermauert diese Haltung:

"Sie wirken oft zurückgezogen, sortieren lieber Gegenstände als in Kontakt mit Menschen zu treten. Nicht, weil sie den Kontakt nicht mögen, aber weil ein Mensch nicht kalkulierbar ist. Unsere Aufgabe ist es auch, Körperkontakte so zu gestalten, dass er für sie kalkulierbar ist. Ich habe A. am Anfang immer nur am Arm massiert. Das sind keine 5 Minuten Aktionen, das geht über viele Jahre. Das Vertrauen muss wachsen: Wenn Ruth mich berührt, dann ist es keine Bedrohung. Und er genießt es. Ein Autist braucht Körperkontakt. Sie lechzen danach, können ihn aber nicht gestalten. Das ist unsere Aufgabe."²¹

Bier schließt sich dieser Auffassung an, geht aber davon aus, dass nur ein sehr kleiner Teil der AutistInnen sich dieser emotionalen Probleme bewusst ist und sich dazu äußern kann, wie z.B. folgender Jugendliche:

"Ich kann nur sagen, dass ich noch nie ne Freundin gehabt hab', dass es für mich schwer ist, weil ich wirklich nur sehr schwer Kontakt zu anderen Menschen kriege. ... Ich leide auch oft unter meiner Einsamkeit und hätte gern ne Freundin, aber da ich auch nicht weiß, wie ich das anstellen soll ... Den Kontakt erstmal herzustellen, wie das bewerkstelligen – wenn mir das einer sagen könnte."²²

Die Förderung kommunikativer und sozialer Kompetenzen müssten selbstverständlich Teil sexualpädagogischer Arbeit sein. Die Themen beiseite zu lassen berge die Gefahr, die Fähigkeiten

zur vermuteten autistischen Erlebnisweise verringern sich durch diese realistischere Sichtweise, was wiederum zu Annäherungen und mehr Verständnis führen kann.

¹⁹ Torinsky (1985) S. 218

²⁰ Torinsky (1985)

²¹ vgl. Terrinde, Ruth/de Vries, Nina: Sexualbegleitung. In: Walter, Joachim: Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg 2004. S. 164

²² Bier (1989), S. 42

des Jugendlichen zu unterschätzen und Chancen zum Wachstum und Selbstentfaltung nicht zu nutzen.²³

U.a. an diesem Diskurs deutlich, welche Bedeutung persönliche Auffassungen von der Sexualität der AutistInnen für deren Wissens- und Lebensraum hat. Personen mit Behinderungen ebenso wie AutistInnen sind in Bezug auf die eigene Sexualität abhängig von der Haltung der sie pflegenden und betreuenden Personen. Die Bedeutung von Selbsterfahrung und -reflexion als Bestandteile sexualpädagogischer Fortbildungen für BetreuerInnen wird an dieser Stelle besonders nachvollziehbar .

4.3. Masturbation

4.3.1. Auftreten und Häufigkeit

In allen Studien wird Masturbation sowohl bei Jungen als auch Mädchen als primäres sexuelles Verhalten beschrieben: 70 – 90 % der Mädchen und Jungen masturbieren. Nicht zuletzt ist dies durch Fehlen anderer Möglichkeiten (siehe 4.1.) erklärt werden. Aber auch die ausgeprägte Neigung zu selbst-stimulierendem Verhalten dürfte hierbei eine Rolle spielen. Wie häufig masturbiert wird ist individuell sehr unterschiedlich: Sie reicht von exzessiver Masturbation über mehrmals täglich bis zweimal die Woche oder einmal monatlich, etc. Auf lebensgeschichtlicher Ebene ist zu beobachten, dass die Häufigkeit der Selbstbefriedigung im Laufe der Jahre abnimmt. Die Angaben hierzu sind durchaus vergleichbar mit denen zur "Normalbevölkerung": auch hier ist Selbstbefriedigung unter Jugendlichen die primäre und häufigste Methode um sexuelle Befriedigung zu erreichen.

Im Unterschied zur Normalbevölkerung werden AutistInnen jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach keinen Geschlechtsverkehr haben: die Masturbation bleibt realistisch gesehen alleiniges Mittel zur Bedürfnisbefriedigung. Außerdem wird Masturbation teilweise auf unangemessene und unsichere Weise ausgeübt. Oft hängt selbstverletzende Masturbation mit den hierfür benutzten Gegenständen zusammen (siehe 4.2.2.), mit mangelndem Wissen darüber wie Masturbation/Sexualität funktioniert, mit Orgasmusstörungen oder mit Medikamenten, die die Libido unterdrücken.²⁴ Je nach individueller Ursache für dieses selbstverletzende sexuelle Verhalten müssen Hilfs- und Schutzmassnahmen zur Gesundheit des Jugendlichen/Erwachsenen ergriffen werden.

4.3.2. Gefährlich? - Nutzung von Objekten zur Masturbation

Nach Haracopos benutzt etwa ein Drittel der untersuchten AutistInnen Gegenstände zur Selbstbefriedigung, wie z.B. Kopfkissen, Waschlappen, Töpfe, Lampen, Gürtel, Duschkopf, Metallkugeln und ähnlich harte Objekte. Die hohe Objektfokussierung im sexuellen Verhalten wird zum einen durch den generellen Vorzug sich mit Gegenständen zu beschäftigen, erklärt. Hinzu käme mangelndes Vorstellungsvermögen: die Schwierigkeit, Vorstellungen oder Phantasien zur sexuellen Erregung zu entwickeln machten einen unmittelbaren Stimulus durch Objekte notwendig. Teilweise führen diese Objekte selbst bzw. deren Handhabung zu Verletzungen und können

²³ ebd.

²⁴ Koller (2000)

gesundheitsgefährdend sein.²⁵ Dieses selbstverletzende Verhalten kann neben o.g. Aspekten auch durch die auffällige Kombination von Über- und Unterempfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen, also durch die besondere Wahrnehmung von AutistInnen erklärt werden. Hilfreich könnte hier das Bereitstellen von Gleitgel, Dildos, sogenannten "Seemannsbräuten" und anderen Hilfsmitteln sein.

4.3.3. Masturbation in der Öffentlichkeit

In Haracops' Studie masturbierten 52% der AutistInnen in der Öffentlichkeit, bei Bourgondien sind es 23%. Auch wenn die Zahlen sehr variieren, wird die Problematik sexueller Handlungen in der Öffentlichkeit in vielen Literaturen erwähnt: Nackt sein, Berühren der Genitalien Fremder, Umarmen Fremder usw. können BetreuerInnen und Eltern immer wieder in peinliche und unangenehme Situationen bringen. Erklärt wird dieses Verhalten durch das mangelnde Verständnis an sozialen und kulturellen Normen und Regeln, das damit einhergehende Fehlen der Schamentwicklung und mangelnde soziale Distanz. Dieses unangemessene Verhalten macht es für verantwortliche Personen notwendig, zu intervenieren, Grenzen zu ziehen und teilweise permanente Kontrolle zu üben. Das Vermitteln des Unterschiedes zwischen öffentlichem und privatem Raum ist eine der schwierigsten Aufgaben der Sexualpädagogik.

4.4. Häufig: Objekte als Stimuli sexuellen Erregung

In Haracops' Studie nutzten 90% der untersuchten Personen bestimmte Objekte als Stimuli zur sexuellen Erregung. Diese Stimuli sind individuell sehr unterschiedlich gelagert: Sie reichen von sensorischen Stimuli (visuell, auditiv, olfaktorisch, taktil) über bestimmte Materialien und Objekte (Leder, Gummi, Puppen) bis hin zu bestimmten Personen oder Körperteilen anderer Menschen (z.B. Haare, Füße, nackte Arme). Teilweise sind zur sexuellen Stimulation auch ganz besondere Bedingungen notwendig: So berichtet Haracops von in Gummistiefeln und Regenmantel sein als Voraussetzung zur Erregung, aber auch von Benzingeruch, Autofahren, dem Rauchen einer bestimmte Zigarettenmarke usw. Dies mag bizarr und ungewöhnlich erscheinen. Wenn man sich jedoch, so Haracops, vor Augen führt, welche Stimuli und sexuelle Praktiken sich bei Nicht-Autisten finden lassen (so z.B. Fetischismus, Exhibitionismus, Voyeurismus, Sado-Masochismus etc.), erscheinen o.g. Merkmale noch recht harmlos. Ungewöhnliche, mit konkreten Objekten verbundene sexuelle Stimuli sind also nicht unbedingt Kennzeichen autistischer Sexualität. Sie sind aber häufiger, genereller unter AutistInnen vertreten. Erklärt wird diese Neigung durch die besondere Wahrnehmung von AutistInnen und ihre generelle Objektorientierung.²⁶

4.5. Verbindung sexueller Frustration und Aggression?

Inwieweit sexuelle Frustration auch aggressives Verhalten nach sich zieht, ist nicht geklärt. Bourgondien kann in ihrer Studie keine Korrelationen zwischen sexuellem und (auto-) aggressivem Verhalten feststellen. Auch Haracops findet wenige Hinweise für einen solchen Zusammenhang. (Auto-) Aggressives Verhalten scheint eher aus dem Kommunikationsproblem zu entstehen als aus direkten sexuellen Trieben heraus. Andererseits kann sich seiner Meinung nach das Interesse an

²⁵ Haracops (1992), Bourgondien (1997)

²⁶ Haracops (1992), Koller (2000)

intimen Kontakten zu einem Teufelskreis zwischen Bedürfnis, Zurückweisung, Aggression, Frustration und wiederum Bedürfnis entwickeln. Eine Folge dieser permanenten Frustration kann seiner Meinung nach verstärkter Rückzug und das vollständige Aufgeben von Sexualität sein. Sexuelle Frustrationen können aber auch durch Unwissenheit bezüglich Frage, wie Masturbation zu handhaben ist, oder von Orgasmusstörungen herrühren. Diese Faktoren sind dementsprechend sexualpädagogisch aufzuarbeiten bzw. medizinisch zu behandeln. Auch Koller interpretiert die Zunahme aggressiver Tendenzen in der Adoleszenz weniger durch die Steigerung des sexuellen Triebs. Eher sei das Unvermögen, die veränderten Erwartungen der Umgebung zu verstehen und die daraus resultierende Verunsicherung als Ursache zu sehen. Das Gefühl permanenter Verwirrung und Angst erreiche v.a. in der Pubertätszeit einen Höhepunkt, und äußere sich verstärkt in Form von (Auto-) Aggression.

4.6. Mangelndes Wissen über Sexualität; Sexuelle Erfahrungen

Ergebnisse von Konstantareas scheinen diese Auffassung zu bestätigen. Sie untersuchte das sexuelle Wissen von AutistInnen im Vergleich zu geistig behinderten ProbandInnen. Bei AutistInnen stellte sie vage, sehr am konkreten orientierten Rollenvorstellungen und stereotype Rolleninteressen fest: Die meisten sprachen von Heirat und von Kindern, beschrieben aber z.B: Elternschaft auf konkret-phänomenologischer Ebene wie "das Kind füttern", "Lasagne zum Abendessen kochen", während abstraktere Begriffe Liebe", "Verantwortung", "Teilen", etc. usw. nicht benutzt wurden, einige als "high-level-functioning" eingestufte ProbandInnen sprachen allerdings in diesem Zusammenhang von "Liebe", "Arbeit" und "Geld".²⁷

Konstantareas untersuchte das soziosexuelle Wissen, sexuelle Erfahrung, Haltung und Interesse von Erwachsenen mit autistischer Störung im Vergleich zu geistig behinderten Erwachsenen. In allen Bereichen schnitten die ProbandInnen mit geistiger Behinderung besser ab als die autistischen Personen. Viele Begriffe können zwar definiert aber nicht erklärt werden. So wird z.B. Schwangerschaft zwar mit "having a baby" beschrieben, wie es aber zur Schwangerschaft kommt können nur wenige AutistInnen erklären. Was sexuelle Erfahrungen betrifft, stellt Konstantareas eine große Spannbreite in beiden Gruppen. Hier die Ergebnisse der Gruppe der AutistInnen in Prozent:

	Männer	Frauen
Hand halten	100	100
Umarmen	67	83
Küssen	100	67
Petting	44	50
Masturbation	78	33
Koitus	33	17 ²⁸

"Koitus" wurde definiert als "Penis an Frau gerieben" und "von jemand masturbiert werden", was darauf schließen lässt, dass die AutistInnen nicht wirklich wussten, was Geschlechtsverkehr bedeutet.

²⁷ Konstantareas (1997)

²⁸ ebd.

Insgesamt beurteilt Konstantareas das reine Faktenwissen um Sexualität ebenso wie das Verständnis und das Bewusstsein davon, was Sexualität im sozialen Bereich (Hingabe, Vertrauen, Zuneigung etc.) bedeutet, als magelhaft.²⁹

Diese Unwissenheit kann u.a. zu einem unbedarften und in gewisser Weise ahnungslosen Umgang mit dem Thema Sexualität bedeuten. Fehlverhalten und Unmündigkeit sind damit vorprogrammiert, ebenso die Gefahr des sexuellen Missbrauchs. Für autistische Jugendliche kann die Unwissenheit die Hänselei von Gleichaltrigen nach sich ziehen. Eine Mutter beschreibt: "Da haben die Jungs gesagt: '... zieh mal die Hose runter.' Da hat er das getan."³⁰ Unwissenheit, so wird deutlich, wirkt sich auf unterschiedlichen Ebenen negativ aus. Die Vermittlung von Wissen über die bekannten Zugangskanäle und Lernsysteme der jeweiligen AutistIn ist deshalb Grundlage einer vernünftigen Sexualpädagogik.

5. Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich AutistInnen körperlich und sexuell "normaler" Weise entwickeln. Kognitive und soziale Störungen bleiben jedoch bestehen. Diese Ungleichheit in der Entwicklung kann für das Kind/den Jugendlichen als auch für die BetreuerInnen verwirrend sein. Der wachsende sexuelle Trieb ist nicht von sozialem "know-how" begleitet. In diesem Zusammenhang sind für Jugendliche und BetreuerInnen sexuelle Handlungen innerhalb der „Öffentlichkeit der Einrichtung“ aber auch außerhalb der Einrichtung (z.B. Masturbation, exhibitionistische Züge, Grenzüberschreitungen bei Fremden) besonders problematisch.

Aufgrund fehlender intimer sexueller Beziehungen ist die Masturbation häufig die einzige Möglichkeit der sexuellen Befriedigung. Fehlendes gemeinsames sexuelles Erleben lassen auch Unterschiede in den damit verbunden psychosexuellen Entwicklungen vermuten. Inwieweit die Jugendlichen unter Fehlen körperlicher Nähe leiden lässt sich bisher nicht eindeutig sagen. Kontaktwünsche sollten aber ernst genommen werden um ein Optimum an Förderung sozialer und kommunikativer Entwicklungen gewährleisten zu können. Jedoch müssen sich Eltern und BetreuerInnen im größten Teil der Fälle von der Vorstellung, Sexualität könnte in Partnerschaft und Intimität stattfinden, verabschieden und andere Modelle sexuellen Lebens entwickeln.

"Weil AutistInnen nicht an traditionellen Formen des Sexuallebens teilhaben müssen wir über Alternativen erwägen, die zwischen den Bedürfnissen und Möglichkeiten der autistischen Jugendlichen und Erwachsenen und der sozialen Werte und Regeln abwägen."³¹

Basis dieser alternativen Modelle sollten die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten autistischer Jugendlicher und Erwachsener selbst sein.

²⁹ AutistInnen, die als "high functioning" eingestuft werden wissen mehr als "low functioning" klassifizierte AutistInnen; Geschlechtsunterschiede sind nicht festzustellen.

³⁰ aus: Bier (1989), S. 43

³¹ vgl. Mesibov (1985)

Sexualpädagogik

"Sexualität" meint mehr als erogene Körperzonen, sexuelle Erregung und Befriedigung. Sexualität ist Teil der Lebenskraft des Menschen und begleitet ihn sein Leben lang. Sie beinhaltet Gefühle, Beziehungen, Partnerschaft, Zärtlichkeit, Liebe, Erotik, Lust, Verantwortlichkeit, Empathie, Geborgenheit. Anhand unserer Sexualität bildet sich die eigene geschlechtliche Identität als Junge/Mädchen, Mann/Frau aus. Sie trägt zur Entwicklung eines positiven Körper- und Selbstwertgefühls bei. Unsere Sichtweise auf Sexualität ändert sich in Zusammenhang mit unseren Erfahrungen, Interaktionen, Erziehung und gesellschaftlichen Normen. Sexualität spielt also in psychische, soziale und kulturell-gesellschaftliche Bereich mit hinein und wird andererseits von diesem Bereichen mit geprägt.

Ziel der Sexualpädagogik ist die Anerkennung von Sexualität als grundlegendes menschliches Bedürfnis und die Beförderung positiver Entwicklungen in persönlicher, sozialer, kultureller und gesellschaftlicher Hinsicht. "Positive Entwicklungen" meint bewusste Auseinandersetzungen mit Sexualität und all ihren Implikationen ebenso wie das Respektieren eigener und fremder Grenzen.

Wie kann eine solche Sexualpädagogik nun mit autistischen Jugendlichen aussehen? Trifft die o.g. Definition von Sexualität überhaupt auf AutistInnen zu? Müssen wir nicht aufgrund der kommunikativen und sozialen Störungen von einem differenzierten Sexualverständnis ausgehen und andere Zielsetzungen entwickeln? – Tatsächlich liegen die Antworten auf diese Fragen zu großen Teilen in der Haltung des Betrachters: Die Diskussionen um die Grundlagen der Sexualpädagogik für AutistInnen können ähnlich breit angelegt sein, wie diejenige um den Wunsch nach (sexuellen) Beziehungen (s.o.). Wir gehen für die sexualpädagogische Arbeit davon aus, dass die sexuellen Bedürfnisse der AutistInnen sowie ihre Kontaktwünsche ernst zu nehmen sind. Dies nicht zu tun würde zum einen die Gefahr bergen, die Fähigkeiten des Jugendlichen zu unterschätzen und Chancen zum Wachstum und Selbstentfaltung nicht zu nutzen.³²

Inhalte

könnten folgendermaßen aufgliedert werden:

1. Aufklärung und Information

- Körperteile und sexuelle Funktion
- Unterscheiden können zwischen öffentlich und privat (Körperteile und Verhalten)
- Pubertät
- Menstruation handhaben können
- Medizinische Untersuchungen
- Angemessenes sexuelles Verhalten

³² vgl. Bier (1989)

2. Positives Selbst- und Körperbild

- Positive Haltung gegenüber der Menstruation
- Körper akzeptieren, mögen und pflegen (z.B. in der Sauberkeitserziehung/Hygiene)

3. Schutz vor sexuellem Missbrauch

- Bewusstsein über die Privatsphäre
- Fähigkeit "Nein" zu äußern
- jemanden der zuhört/Signale erkennen kann
- das Verständnis persönlicher Rechte
- ein gesundes Selbst-Konzept und Selbstvertrauen
- Gelegenheiten für gesunde Sexualität
- Information statt Überprotektion (wissen, was "gute" Sexualität und was sexueller Missbrauch ist)

Methoden

sollten den individuellen Fähigkeiten der Jugendlichen angepasst sein: In der Literatur finden sich folgende Hinweise:

- Sexualpädagogik sollte sich an den Interessen und Fähigkeiten, den Stärken, Vorlieben, Werten, Motiven und Bedürfnissen der autistischen Person orientieren.
- Lernmethoden müssen dem Lernstil des Klienten angepasst werden
- Nutzen bekannter Zugänge (z.B. visuelle Medien, social stories, etc...).
- Ziel der Sexualerziehung sollte sein, das Individuum vor sexueller Ausbeutung zu schützen, gesundes Sexualverhalten zu lernen und das Selbstbewusstsein zu stärken
- Das Hauptaugenmerk sollte auf der persönlich bedeutungsvollen Erfahrung liegen und nicht auf der Übernahme bestimmter Verhaltensweisen, weil sie „normal“ sind
- Sexualerziehung sollte im Team entwickelt werden um Kontinuität und Einheitlichkeit zu gewährleisten und über gemeinsamen Konsens zusätzliche Verwirrungen für die KlientInnen ebenso wie KollegInnen zu vermeiden
- Eltern sollten über sexualpädagogische Konzepte informiert und mit einbezogen werden
- Sexualerziehung sollte vom Kleinkindalter an stattfinden: Besonders AutistInnen kann es schwer fallen, einmal gelernte Regeln zu modifizieren. Was als Kind an Verhalten in Ordnung ist, kann es als Jugendlicher nicht mehr sein. Bereits in der Erziehung in der Phase der Kindheit sollte angelegt sein

generell sollten die Unterweisungen

- eher konkret als abstrakt sein
- kurz, spezifisch und klar sein
- visuell sein
- Imitation und Rollenspiel verwenden
- In konkreten Lebenssituationen beigebracht werden
- häufig wiederholt werden

.Zum Rollenspielen – Häufige Themen:

Was tun bei Masturbation in der Öffentlichkeit?

Das Verhalten unterbrechen

Die Person an den angemessenen Ort/Zeit erinnern

Die Person mit etwas anderem beschäftigen, das beide Hände beansprucht

Die Person mit etwas beschäftigen, das hohe Aufmerksamkeit oder viel körperliche Bewegung beinhaltet

Die Person an einen geeigneten Ort der Privatheit führen (Bad, Dusche, Schlafzimmer)
übersetzen

..

Unangemessene Masturbation

Panik und Überreaktion vermeiden! Ruhig Anweisungen geben und konsequent verfolgen.

Exzessive Masturbation

Zeiten zum Masturbieren einrichten, herausfinden, was die Person sonst noch gerne macht,

Gründe herausfinden (Langeweile, Frust?).

Orgasmusprobleme

entweder sie kommen nicht zum Orgasmus => Frustration/häufige Versuche, oder sie können mit dem Gefühl des Orgasmus nicht umgehen.

=> Medizinische Gründe? Sexualtherapeut?

Unangemessenes Berühren anderer Personen

Die Motivation klären; oft ist sie eher kindlicher Neugier geschuldet als sexueller Bedürfnisse.

Durch eine ruhige Reaktion und Antwort kann das Verhalten weniger interessant für die autistische Person werden.

Exponierendes Verhalten

Ebenfalls: oft wird es als sexuelles Verhalten gedeutet ist aber nicht unbedingt so. Z.B. Junge der sich nach dem Urinieren umdreht oder mit heruntergelassener Hose herumläuft entspricht eher kindlichem Verhalten statt sexueller Motivation. Wieder: ruhig auf das richtige Verhalten hinweisen!

Literatur:

Achilles: Was macht Ihr Sohn denn da? Geistige Behinderung und Sexualität. 2. Aufl., München 1998.

Adams: Puberty and the awakening of sexuality.

www.autismtoday.com/articles.htm

Berger, Manfred: Sexualerziehung im Kindergarten. Frankfurt 2001

Bier, Andreas: Zärtlichkeit und Sexualität autistischer Menschen.

Eine deskriptive Studie aus der Sicht der Eltern. Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1989

BZGA: Körper, Liebe, Doktorspiele. Köln 2001

Family Planning Queensland (FPQ): Sexuality Education and Asperger's Syndrome – for parents and carers. www.nas.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?d=364&a=2187&view=print

Färber u.a. (Hrsg.): Sexualität und Behinderung. Umgang mit einem Tabu. Tagungsberichte 2000

Funk: Sexuelle Selbstbestimmung in Pubertät und Adoleszenz bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung.

www.kinderpsychiater.org/forum/for203/SexuelleSelbstbestimmung.htm

Gillberg, Chr.: Sexualität und Autismus. In: Autismus und Familie. Bericht der 8. Bundestagung des Bundesverbandes "Hilfe für das autistische Kind e.V.". Hamburg 1995, 195-199

Haracopos, Pedersen: Sexuality and Autism. Danish Report. Kopenhagen, 1992.

www.autismuk.com/index9sub.htm.

Konstantareas, Lunsy: "Sociosexual knowledge, experiment, attitudes, and interests of individuals with autistic disorder and developmental delay." In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 27, No. 4, S. 397-413, 1997.

Koller: "Sexuality and Adolescents with Autism." In: Sexuality and Disability. Vol. 18, No. 2, S. 125-135, 2000.

Lawson, Kingsley: Sex. Sexuality and the Autism Spectrum.

London, 2005

Lenckner: Juristische Aspekte im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen. In: Färber u.a. (Hrsg.): Sexualität und Behinderung. Umgang mit einem Tabu. Tagungsberichte 2000, S. 169-183.

Mortlock, John: Socio-sexual development of people with autism

www.nas.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?d=364&a=2187&view=print

Newport, Newport: Autism-Asperger's & Sexuality: Puberty and Beyond. 2002

Ousley, Mesibov: "Sexual attitudes and knowledge of High-Functioning teenagers and adults with autism." In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 21, No. 4, S. 471-481, 1991.

Rothgang, Georg-Wilhelm: Entwicklungspsychologie. Psychologie in der sozialen Arbeit. Stuttgart 2003

Schirmer, Brita: Autismus in Berlin: Ein Handbuch und Ratgeber

mit Beiträgen zahlreicher Fachleute (AUTISMUS 5)

Kapitel 8: Sexualität (Michael Zander)

8.1 Die Initiative Sexibilities und ihre Angebote

8.2 Sexuelle Dienstleistungen für Behinderte: Prostitution
und Sexualbegleitung

8.3 Zur besonderen Situation autistischer Frauen und Männer

Sigman: Autismus bei Kindern: Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung. Bern u.a., 2000.

Torisky, Torisky: "Sex education and sexual awareness building for autistic children and youth: Some viewpoints and consideration." In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 15, No. 2, S. 213-227, 1985.

Van Bourgondien, Reichle, Palmer: „Sexual behaviour in adults with autism.“ In: Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 27, No. 2, S. 113-125, 1997.

Walter (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. 4. Aufl. Heidelberg 1996

Wrobel, Mary: Taking Care of Myself: A Hygiene, Puberty and Personal Curriculum for Young People with Autism. Arlington, Future Horizons, 2003.

Materialien zur Sexualpädagogik:

Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (Hrsg.): Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Weinheim 1995.

Family Planning Queensland (FPQ): Sexuality Education and Asperger's Syndrome – for parents and carers. www.nas.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?d=364&a=2187&view=print

Haracopos, Pedersen: Sexuality and Autism. Danish Report. Kopenhagen, 1992.
www.autismuk.com/index9sub.htm.

Koller: "Sexuality and Adolescents with Autism." In: Sexuality and Disability. Vol. 18, No. 2, S. 125-135, 2000.

Newport, Newport: Autism-Asperger's & Sexuality: Puberty and Beyond. 2002

Wrobel, Mary: Taking Care of Myself: A Hygiene, Puberty and Personal Curriculum for Young People with Autism. Arlington, Future Horizons, 2003.

Kinderbücher:

BZGA: Lutz und Linda. Mama bekommt ein baby. Bildergeschichte zu Schwangerschaft und Geburt für Kinder ab 3 Jahren. Köln 2003

Fagerström/Hansson: Peter, Ida und Minimum. Ravensburger, 1987

Pro Familia: Mein Körper gehört mir! Darmstadt, 1994

Film:

Sex. Eine Gebrauchsanweisung für Jugendliche. Atlas Film Duisburg
 Es war einmal das Leben. www.youtube.com

Erfahrungsberichte von Menschen mit Autismus:

Brauns: Buntschatten und Fledermäuse. Leben in einer anderen Welt. Hamburg

Grandin: Ich bin die Anthropologin auf dem Mars. Mein Leben als Autistin. München 1997.

Sellin: ich will kein in mich mehr sein.

Marc Segar: Survival Guide - "Überlebensstrategien für Menschen mit Asperger Syndrom / Autismus"
 Unter: <http://www.aspiana.de/neben/marcsegar.htm>